

L'EXAMEN RADIOGRAPHIQUE
DANS LA
GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 17 Juillet 1945

par

Louis TARDIVET

Né le 6 Mai 1915 à Trets (B.-du-R.)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. AIMES Professeur, <i>Président</i>	}	<i>Assesseurs</i>
		ETIENNE, Professeur		
		ROUX, Agrégé		
		CADERAS de KERLEAU, Agrégé		

1945

IMPRIMERIE DES DERNIÈRES NOUVELLES DE STRASBOURG
MONTPELLIER

L'examen Radiographique
dans la
Grossesse extra-utérine

L'EXAMEN RADIOGRAPHIQUE
DANS LA
GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 17 Juillet 1945

par

Louis TARDIVET

Né le 6 Mai 1915 à Trets (B.-du-R.)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS
DE LA THÈSE

{ MM. AIMES Professeur, *Président*
ETIENNE, Professeur
ROUX, Agrégé
CADERAS de KERLEAU, Agrégé } *Assesseurs*

1945

IMPRIMERIE DES DERNIÈRES NOUVELLES DE STRASBOURG
MONTPELLIER

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

PROFESSEURS

Chaires:

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES
Thérapeutique et matière médicale	JANBON
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET
Clinique médicale	L. RIMBAUD
—	GIRAUD, <i>doyen</i>
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
—	LAPEYRE
Clinique obstétricale	N...
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, <i>doyen hon.</i>
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge	BOUDET
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, <i>assesseur</i>
Clinique gynécologique	AIMES
Clinique ophtalmologique	DEJEAN
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et chir. maxillo-faciale	TERRACOL

Charges de cours:

Anatomie	LAUX
Histologie	GRANEL
Radiologie	LAMARQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BERTIN-SANS, CABANNES,
GALAVIELLE, VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE

CHARGES D'ENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Chimie	MM. MONNIER, <i>agrégé</i>	Clinique de la tuberculose	MM. VIDAL, <i>professeur</i>
Microbiologie	CARRERE, <i>agrégé</i>	Pathologie et propédeutique chir.	MOURGUE-MOLINES, <i>agr.</i>
Histoire nat. méd.	HARANT, <i>agrégé</i>	Pathol. chirurg. ...	TRUC, <i>agrégé</i>
Pharmacologie	HARANT, <i>agrégé</i>	Chirurgie expér. N....	N....
Pathologie méd. ..	BOUCOMONT, <i>agr.</i>	Médecine opérat. ..	ROUX, <i>agrégé</i>
—	BERT, <i>agrégé</i>	Accouchements ...	CADERAS
Propédeutique méd. ..	P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	Stomatologie	DE KERLEAU, <i>agr.</i>
Clinique interne ..	PUECH, <i>prof.</i>		HOUPERT, <i>Dr. en méd.</i>
Clinique des malad. contagieuses	JANBON, <i>prof.</i>		

AGREGES EN EXERCICE

Médecine	MM. P. RIMBAUD	Chirurgie	MM. MOURGUE-MOLINES
—	BOUCOMONT	—	ROUX
—	BERT	Urologie	TRUC
—	LAFON, <i>ch. d'agr.</i>	Accouchements ...	CADERAS
Chimie	MONNIER		DE KERLEAU
Bactériologie	CARRERE		
Histoire nat. méd. ..	HARANT		



A MES PARENTS,

A qui je dois tout, en témoignage de ma profonde
affection et de toute ma reconnaissance,

A MA FEMME,

A MA FILLE CHÉRIE,

A MON FRÈRE,

A MES AMIS,

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur AIMES,
Décoré de la croix de guerre

Il nous a proposé le sujet de notre thèse; il nous
a toujours, avec bienveillance, éclairé de ses conseils

A MES JUGES

Monsieur le Professeur ÉTIENNE,
Professeur de clinique chirurgicale Infantile et
Orthopédie, Chevalier de la Légion d'Honneur,

Monsieur le Professeur agrégé ROUX,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Croix de guerre 1914-1918 — Croix de guerre 1940

Monsieur le Professeur agrégé CADERAS DE KERLEAU.
Croix de guerre 1940

INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine n'est pas une nouveauté, et depuis la première observation publiée à ce sujet par Jacques Naier, en 1591, nombreuses ont été les thèses et publications signées des plus grands noms de gynécologues, d'accoucheurs et de chirurgiens.

Toutefois malgré ce déluge de littérature, souvent le diagnostic de gestation tubaire n'est pas fait — surtout en dehors des complications — et l'on voit les statistiques, suivant l'optimisme ou la bonne foi de leurs auteurs, accuser de 20 à 40 % de diagnostics ignorés ou erronés.

Et pourtant c'est un fait brutal et d'observation quasi unanime que la grossesse extra-utérine voit sa fréquence augmenter.

Or c'est une affection redoutable qui peut entraîner la mort par rupture de la trompe et inondation péritonéale. On voit ainsi tout l'intérêt que prend un diagnostic précoce : « Dix laparotomies inutiles valent mieux qu'une mort par grossesse extra-utérine méconnue ».

Aussi ne faut-il pas s'étonner qu'elle ne cesse d'être à l'ordre du jour ; et qu'elle fasse l'objet de publication quotidienne de la part des gynécologues, des obstétriciens, des chirurgiens et plus récemment des biologistes et des radiologues.

Le plan de notre sujet est le suivant :

- Diagnostic clinique.
- Diagnostic biologique.
- Tentatives actuelles de diagnostic radiologique.

PREMIÈRE PARTIE

A. — Diagnostic clinique

Il n'y a pas de signe pathognomonique de la grossesse extra-utérine. Ce n'est que par la recherche patiente d'un faisceau de petits signes d'inégale valeur d'ailleurs, par leur assemblage minutieux que l'on arrive à poser le diagnostic exact, d'où automatiquement découle « l'impératif opératoire » aussi est-ce sur la symptomatologie du début de la grossesse qu'il nous faudra particulièrement insister.

L'interrogatoire devra nous donner les plus utiles renseignements, il sera long, il sera détaillé, nous n'hésiterons pas à poser mille et mille questions à la malade pour l'amener à préciser de minimes détails qui peuvent avoir une grande importance.

Ce sera à nous de retenir celles qui viennent pour « des pertes » pour « des douleurs » pour l'estomac, « les reins », la « vessie » — *Mondor*. — Il faudra s'attacher à rechercher le symptôme le plus important et qui manque rarement — *l'aménorrhée* suivie de métrorragie.

Le retard de règle qui signe la grossesse extra-utérine, est en effet, souvent marqué par une métrorragie survenant un peu avant, ou au moment, ou peu après l'époque à laquelle les règles normales auraient dû venir.

Pensant immédiatement « grossesse extra-utérine » on recherchera les autres symptômes.

Les symptômes *sympathiques* qui s'accompagnent plus souvent ici : d'asthénie, de lassitude, et parfois même de vertige.

Enfin ce sont les *douleurs*, « la grossesse extra-utérine est une grossesse douloureuse », douleurs qu'il ne faut pas s'attendre à trouver très violentes au début;

que de fois c'est une « simple pesanteur », un « poids », un « point » ! MONDOR, et qui sont de trois ordres : locales à distance, au niveau du Douglas.

a) Les douleurs locales :

Le plus souvent elles sont spontanées, et, à l'inverse des douleurs de salpingite, ne cèdent pas au repos, à la glace, à la vaccinothérapie.

b) Les douleurs à distance :

De moins grande valeur et qui se produisent généralement vers la région scapulaire correspondante.

c) Les douleurs au niveau du Douglas :

(Signe de Proust). Signe d'irritation du péritoine qui tapisse le cul-de-sac de Douglas, par un épanchement sanguin; malheureusement s'il manque rarement dans la grossesse extra-utérine compliquée, ce n'est pas un signe de début.

Les signes *Physiques* :

MONDOR nous dit : « Le col est un peu ramolli, pas beaucoup, » pas comme dans la grossesse » (PINARD).

Le corps est en antéflexion quelquefois bien marquée, il est un peu ramolli. Il peut dans certains cas, se trouver un peu surélevé vers le ventre, comme si l'érection tubaire l'entraînait.

Enfin il est un peu gros; il l'est d'autant plus que la grossesse tubaire est plus près de lui (Sproat Heancy).

L'utérus n'a généralement pas l'évasement et la forme globuleuse qu'il a dans la grossesse utérine, ce n'est pas la « figue mûre ».

Mais ne s'agit-il pas d'une grossesse dans un utérus bicorne ou didelphe, d'une grossesse angulaire, interstitielle, isthmique?

Autant de questions que se pose le clinicien lorsqu'il palpe un utérus au cours d'une grossesse extra-utérine au début et elles ne sont pas faciles à résoudre !

Nous retiendrons de cet exposé qu'il ne faut pas attendre une aménorrhée, signe essentiel de grossesse.

La douleur « l'attendre, c'est aimer les désastres » (Sproat Heancy); en un mot ne pas espérer des signes purs et de grossesse et d'ectopie. Car si la symptomatologie classique, elle, ne prête guère à l'erreur, elle est cependant rarement observée au complet chez les malades de la pratique journalière et les formes monosymptomatiques sont plus fréquentes. C'est dire que les erreurs de diagnostic auxquelles elle donne lieu sont nombreuses.

Il ne faudra pas se fier à l'âge de la malade; MONDOR cite un cas de A. MARTIN fort instructif montrant qu'il faut y penser déjà lorsque la petite malade vient de commencer son cycle menstruel.

« Une jeune fille de quatorze ans a été prise, la veille, d'une douleur abdominale aiguë, siégeant en bas, à gauche et à droite de la ligne médiane. Le médecin conseille la glace et l'huile camphrée; le lendemain, lorsque A. MARTIN voit l'enfant, elle a 37°6, mais un facies décoloré, un ventre ballonné, non contracturé, douloureux à la hauteur de la fosse iliaque gauche; un pouls bien frappé. *Le toucher rectal* permet de reconnaître une tuméfaction douloureuse du Douglas. On opère, il s'agit d'une *grossesse extra-utérine gauche rompue*. Il n'y avait eu comme irrégularité menstruelle que l'abréviation de la durée des *dernières règles* ».

C'est pourquoi à propos de ce cas nous en arrivons tout naturellement à aborder le diagnostic biologique de la grossesse en général et de la grossesse extra-utérine en particulier. Car malgré toutes les recherches cliniques pratiquées, malgré toute la peine prise par le médecin pour résoudre le problème, il se trouve des cas où le diagnostic balance encore. Là, alors il y a intérêt à se tourner vers le laboratoire lui demandant dans la mesure de ses moyens la confirmation ou le rejet de nos hypothèses.

B. — Diagnostic biologique

Il n'est pas douteux qu'à l'heure actuelle le diagnostic biologique de la grossesse a pris une importance exceptionnelle, et a pu faire dire à DEVRAIGNE : « Il apporte au clinicien l'appui le plus précieux puisqu'il est presque à coup sûr patognomonique comme l'est une hémoculture positive en bacille typhique, un ensemencement positif d'angine diphtérique ».

D'acquisition relativement récente, puisque c'est en 1929 pour la première fois qu'ASCHEIM et LONDEK en firent la communication, cette méthode fut ensuite perfectionnée.

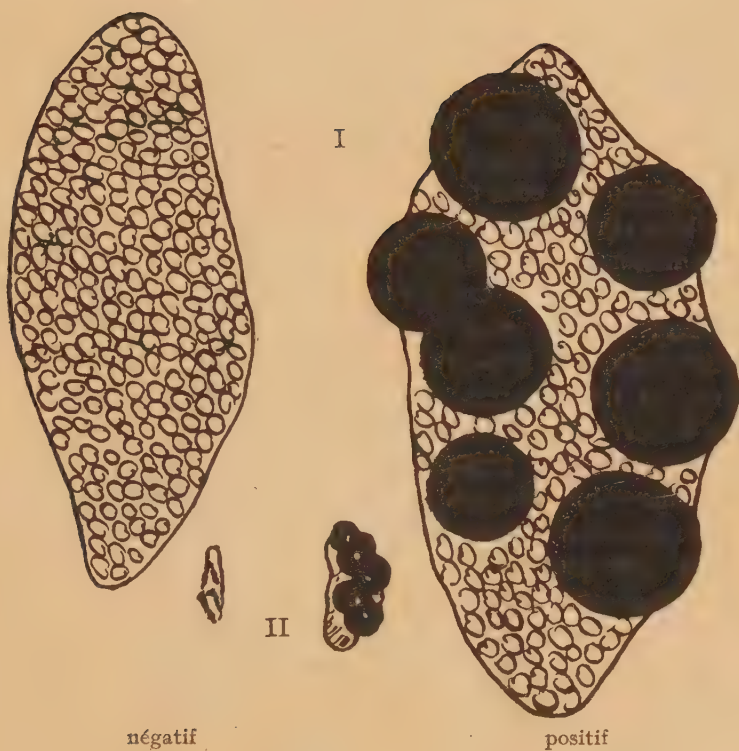
Le principe en est le suivant :

L'urine de femme enceinte contient en quantité importante et dès les premiers jours de la gravidité, une substance analogue à l'hormone préhypophysaire, laquelle injectée à la lapine dans la veine marginale de l'oreille, amène des modifications sur les ovaires qui sont augmentés de volume et bosselés par des follicules hémorragiques — voir schéma n° 1.

Les causes d'erreurs ne dépassant pas au maximum 2 %, on peut dire que les tests biologiques de la grossesse facilitent grandement le diagnostic.

Cependant la notion de grossesse ne suffit pas, il faut encore savoir si elle est intra- ou extra-utérine.

SVET. S. BARJAKTAROVICK affirme que l'étude des ovaires de la lapine faite 36 à 48 heures après une injection intra-veineuse d'urine du matin, permet de préciser le diagnostic entre la grossesse normale et la grossesse extra-utérine. Dans cette dernière éventualité, les ovaires présentent des follicules moins enflammés et une hémorragie intra-folliculaire faible. De même la forte hyperémie des organes génitaux internes qui s'observe toujours dans le cas de grossesse utérine n'existe pour ainsi dire pas quand la grossesse est extra-utérine. Il donne de ce fait l'explication suivante : La réaction n'est pas due à la présence d'une hormone hypophysaire, mais à celle d'une hormone placentaire ou peut-



Ovaire de la lapine

I — Schéma à l'échelle 10/1

II — Photographie grandeur naturelle

être même chorale. Le faible développement du chorion dans la grossesse extra-utérine ne permet qu'une faible élimination de l'hormone et partant, une réaction également faible. »

Comme on le voit, argument de poids dans le diagnostic de gestation tubaire mais non de certitude absolue.

Certes nous savons que le taux des hormones est comparable à celui constaté dans la grossesse normale, mais la réaction devient négative après la mort du fœtus. C'est pourquoi BOURG écrit :

1° Une réaction négative ne permet pas d'exclure l'existence anatomique d'une grossesse ectopique, mais seulement celle d'une grossesse extopique en voie de développement.

2° La réaction ne peut nous fournir aucun diagnostic différentiel entre une grossesse intra-utérine avec masse juxta utérine et une grossesse ectopique puisqu'il y a grossesse dans les deux cas et VIGNES :

1° une réponse négative comme diagnostic différentiel entre une salpingite sans grossesse et une grossesse extra-utérine est sans valeur car il peut y avoir gestation extra-utérine avec œuf mort.

2° Diagnostic différentiel entre un avortement et une grossesse extra-utérine : Une réaction devenue négative dix jours après un curettage élimine une gestation extra-utérine » cependant ce délai de dix jours, sous la menace des complications d'une grossesse ectopique nous semble devoir, par sa longueur, diminuer l'intérêt d'un tel moyen de diagnostic ».

Aussi, devant l'incertitude où nous laisse parfois et le diagnostic clinique et le diagnostique biologique, nous devons aborder les tentatives faites actuellement grâce à l'examen radiographique, examen qui est le but de cet exposé.

DEUXIÈME PARTIE

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE

Deux techniques sont à notre disposition :

1^o Examen radiographique sans préparation.

2^o Examen radiographique lipiodolé.

A. — Examen radiographique simple

Certains, comme J. WALTHER de Strasbourg qui a fait le diagnostic radiologique de grossesse à 11 semaines, ont pu obtenir des parties du squelette fœtal au début du 3^e mois, et même à la fin du 2^e mois. Mais pratiquement il résulte des travaux de HESS que les résultats les plus précoces ne peuvent être obtenus qu'à 4 mois et demi de grossesse.

Or la grossesse extra-utérine étant une grossesse dépassant rarement le 3^e mois par suite soit d'un avortement, soit d'une rupture tubaire, l'examen sans préparation ne pourra pas nous renseigner sur ses débuts et partant ne pourra nous fournir les renseignements demandés.

Deuxième objection : Le fœtus est-il ou non dans l'utérus? Sans injection préalable de lipiodol la réponse devra être prudente car les clichés observés de grossesse extra-utérine évoluant jusqu'à pouvoir donner une image radiographique ne sont pas tellement dissemblables de ceux obtenus pour des fœtus se développant dans un utérus large et mou.

On a parlé d'assymétrie foetale, de rectitude de la colonne vertébrale, de déflexions des membres en un mot d'étalement du fœtus comme signe de grossesse extra-utérine; on voit avec quelle réserve ils devront être admis, aussi c'est à l'examen lipiodolé (à l'hystérosalpingographie) qu'il faudra demander un diagnostic plus sûr et plus précoce, l'examen sans préparation pouvant tout au plus nous empêcher de commettre à l'heure actuelle des erreurs telle que celle-ci :

— grossesse tubaire à terme avec conservation de l'enfant pendant 3 ans dans le ventre de la malade (thèse R. PALLIEZ, Lille 1927, n° 333, p. 211.

Mais ne pouvant empêcher cette autre, communiquée par MIRAMOND DE LA ROQUETTE, Alger, 1925 : c'est une malade qui pendant plusieurs mois présenta tantôt des hémorragies, tantôt des interruptions de règles et fit penser par ces irrégularités à un fibrome, d'autant plus que son ventre grossissait progressivement. L'auteur fit une première radiographie qui révéla un embryon dont on voyait nettement la colonne vertébrale, les côtes, des os longs et la tête.

Les hémorragies persistant, la taille du fœtus restant la même sur des clichés pris à intervalles espacés, une opération fut décidée et *amena la découverte d'une grossesse extra-utérine.*

B. — Examen radiographique lipiodolé

L'Hystérogaphie — injection de lipiodol à col fermé — donc sous pression — sera suivie sur l'écran pour surveiller la progression du liquide dans l'utérus et les trompes.

Il permettra aussi de s'assurer qu'il ne se fait pas d'injection interstitielle ou de passage veineux, car dans ce cas d'images anormales il faudrait arrêter tout de suite l'injection,

Enfin la radioscopie permettra de rapporter à sa véritable cause une image lacunaire, l'obstruction des trompes, puis l'on prendra plusieurs clichés radiographiques pendant le

remplissage, durant l'évacuation, et une de contrôle le lendemain.

Le lipiodol nous permettra cette fois de voir ce que l'examen radiographique simple était incapable de faire, c'est-à-dire :

- a) les rapports du fœtus et de la cavité utérine,
 - b) l'aspect de la cavité utérine elle-même
- en un mot, le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Après 4 mois.

Voyons quelques résultats : Dès 1927, VIALLET et JAHIER présentèrent au congrès de l'Association Française pour l'avancement des sciences la radiographie d'une grossesse à terme après mort du fœtus.

La cavité utérine était formée, la trompe droite bien injectée et augmentée de longueur, la trompe gauche oblitérée à 3 cm de son origine.

De plus le cliché montrait l'ombre fœtale déroulée, en position de siège logée dans la cavité abdominale à droite.

L. PORTE-LEBLANC, Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris.

Observation d'une malade :

D. D. R. : 4—7 janvier 1929.

10 février : Quelques pertes rosées.

15 juin : Mouvements actifs du fœtus.

25 juin : Les mouvements ne sont plus perçus — Montée laiteuse.

20 juillet : Tumeur abdominale, impression d'un utérus gravide. Bruits du cœur non perçus.

5 août : Diminution de la tumeur.

10 août : Fièvre.

22 septembre : Perte de sang.

Examen clinique : ?

4 octobre : Radiographie : Image floue de parties osseuses.

7 octobre : *Lipiodol* : Cavité utérine normale.

Cette radiographie prouve sa vacuité.

La gestation ne peut être qu'ectopique.

Observations de MM. COUVELAIRE, PORTES et DIGONNET
à la clinique Baudeloque.

Femme de 23 ans.

D. D. R. : 17 juin 1924.

6 juillet : Métrorragie et crise douloureuse pelvi-abdominale.

8 Août : 2^e crise douloureuse.

6 septembre : 3^e crise douloureuse.

Janvier : Les mouvements fœtaux disparaissent, les examens pratiqués à diverses reprises n'avaient permis de constater que le développement progressif et régulier d'une masse qui fut toujours prise pour un utérus gravide.

31 janvier : Métrorragie.

8 mars : *Impression* d'une tumeur sur le flanc droit de la masse considérée comme l'utérus.

A ce moment radiographie après injection intra-utérine de *lipiodol*.

Résultat :

Cavité utérine un peu agrandie, mais vide.

Trompe gauche : R. A. S.

Trompe droite : Le *lipiodol* est arrêté dans sa partie moyenne (origine de la gestation ectopique).

Le fœtus est au-dessus du fond utérin et de l'origine des trompes *nettement extra-utérin*.

CATHALA, le 2 juin 1930 à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris montrait une radiographie permettant de voir un kyste fœtal comprimé — c'était une grossesse extra-utérine de 5 mois — et disait : « Pour que sur l'épreuve radiographique, il n'y ait pas de doute sur la situation du fœtus en dehors de la cavité utérine, il est indispensable qu'elle ait été remplie de *lipiodol* ».

En résumé l'examen radiographique lipiodolé après le 4^e mois permet presque toujours de faire le diagnostic de grossesse extra-utérine, car il nous montre la vacuité de la cavité utérine et le fœtus d'autre part.

V. CATHALA, 2 juin 1930. Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, écrit :

« Dans notre cas la radiographie a donné un résultat intéressant, elle n'a décelé aucune ombre fœtale, à une époque où les segments osseux du fœtus sont déjà reconnaissables, ce premier résultat négatif a fixé un premier point : que si fœtus il y avait, celui-ci devait être arrêté dans son évolution.

Mais la radiographie nous a montré en plus, l'utérus, de dimensions normales, refoulé en dehors de la masse principale et indépendante d'elle, *point que l'examen direct n'avait pu déceler avec certitude.*

Avant 4 mois.

La grossesse extra-utérine étant une grossesse qui le plus souvent ne passe pas le 3^e mois sans amener avec elle un cortège d'accidents redoutables, c'était avant cette époque qu'il fallait poser un diagnostic, diagnostic de certitude afin de mettre un terme à son évolution.

Seule la radiographie avec préparation pouvait nous donner un résultat positif, car à ce moment de la gestation le fœtus est complètement transparent aux Rayons X.

Voici deux observation qui illustreront et montreront ce que l'on peut espérer.

Qu'il nous soit permis avant d'entrer dans le vif de notre travail de dire toute notre reconnaissance à notre Maître Monsieur le Professeur AIMES ainsi qu'à Monsieur le Professeur MASSABUAU qui ont bien voulu nous communiquer leurs observations.

PREMIÈRE OBSERVATION

Madame B..., âge : 37 ans.

Profession : Cultivatrice.

Date d'entrée : 1^{er} novembre 1943.

Motif d'admission : Pertes utérines.

Histoire. — La malade était venue auparavant, le 23 novembre 1943, pour une biopsie du col, on avait trouvé une métrite érosive avec hyperplasie glandulaire simple, mais pas de prolifération cellulaire maligne.

La malade revient le 1^{er} novembre 1943.

Antécédents : Personnels : R. A. S.

Familiaux : mari : Méliococcie en 1940.

1 fille de 16 ans.

Père : mort à 35 ans (accident).

Mère : morte à 63 ans (bronchite chronique).

Appareil génital.

Antécédents gynécologiques.

Réglée à 13 ans. : Règles régulières, peu abondantes, douloureuses, durée : 4 jours.

Pertes blanches depuis la puberté.

Pas de pertes intermenstruelles.

Accouchement normal.

Histoire. — 1^{er} octobre 1943 : Ménorragie de 12 jours : sang rouge, présence de caillots, pas de douleur, pas de membranes.

A partir du 12 octobre : petites pertes rosées continues, accentuées par l'effort.

4 novembre : Règles normales durant 4 jours, à partir du 8 novembre : nouvelles petites pertes.

28 novembre : Règles normales, ni douleurs, ni pertes blanches.

Examen :

Inspection : Vergetures.

Palpation : Fosse iliaque droite un peu douloureuse (Mac Burney), pas de masse anormale. Fosse iliaque gauche : R. A. S.

Toucher vaginal :

Col : Il est court, largement ouvert, avec une lèvre postérieure normale, une lèvre antérieure bosselée, enfin il regarde un peu vers la gauche.

Utérus : De la grandeur d'un œuf, dur, mobile, non douloureux, un peu versé à droite. Petite masse directement apposée à l'utérus et de la grandeur d'une noisette.

Annexe droite : R. A. S.

Annexe gauche : R. A. S.

Toucher rectal : R. A. S.

Hystéroggraphie. — On trouve une cavité utérine légèrement agrandie avec des bords irréguliers sans images lacunaires. La trombe droite qui présente à 1 cm en dehors de l'ostium uterinum une dilatation arrondie est largement perméable. Par cette trompe le lipiodol pénètre rapidement dans la cavité péritonéale.

Du côté gauche le lipiodol progresse lentement, mais ne présente pas d'arrêt.

Si cette progression est lente et si d'autre part la cavité utérine ne paraît pas parfaitement bien remplie, cela est dû certainement en partie à la perméabilité de la trompe droite formant une véritable fuite.

Conclusion. — On peut se demander si cette dilatation arrondie de la trompe droite ne répond pas à une grossesse tubaire.

L'intervention est pratiquée le 16 décembre 1943 par Monsieur le Professeur MASSABUAU qui conclut :

Salpingo-ovarectomie gauche.

Salpingectomie + ablation d'une petite grosseur à droite.

Donc conservation d'un ovaire.

A l'examen anatomo-pathologique on a bien affaire à une grossesse tubaire, et les éléments fœtaux que l'on observe sont en voie de névrose très avancée.

Voir figure I, observation I.

DEUXIÈME OBSERVATION

Madame G...., âge : 35 ans.

Sans profession.

Entre le 11 octobre 1943 avec pour motif d'admission :

Grossesse extra-utérine,

Pertes et douleurs dans le bas ventre.

Examen local :

Inspection : Ventre gras, assez ferme, pas de ligne brune.

Palpation : ventre souple, défense nette à la palpation, palpation douloureuse dans la fosse iliaque gauche.

Toucher vaginal : Vagin normal. Malade très résistante et grasse.

Col : haut situé, regarde en arrière, est légèrement dévié à gauche, court et ramolli.

Utérus : paraît gros, mal délimitable.

Annexes : droite : non palpable mais légèrement douloureuse, gauche : difficilement palpable mais peu douloureuse.

Seins : colostrum.

Antécédents :

Personnels : néant, ni accouchement, ni avortement.

Familiaux : mari - père - mère : R. A. S.

Collatéraux : R. A. S.

Appareil génital. — *Histoire* : Le 24 juillet on note les dernières règles normales.

Du 20 septembre au 24 juillet : R. A. S.

Le 20 septembre Mme G. fait une chute sur le dos.

Le 21 septembre apparition de pertes rouge brun.

Enfin du 21 septembre à aujourd'hui : pertes rouge brun légères mais continuelles avec douleur dans la fosse iliaque gauche.

Réaction de Friedmann Brouha : positive.

Antécédents gynécologiques :

Pertes rouges : réglées depuis l'âge de 13 ans, ces règles sont irrégulières jusqu'en 1941, puis régulières.



Figure I. — Observation I.

Durée 4 à 5 jours, abondantes et douloureuses le premier et le dernier jour.

Rien dans l'espace intermenstruel.

Pertes blanches : depuis la puberté couleur blanche, odeur sui generis, n'empêsent pas.

M. le Professeur CADERAS DE KERLEAU est appelé en consultation.

Toucher vaginal : Utérus peu gros, masse dure à gauche, mobilisable avec l'utérus.

Diagnostic

Grossesse extra-utérine et conclusion de la nécessité d'un lipiodol intra-utérin.

Intervention sans inconvénient car :

1^o si la grossesse est normale, cette grossesse n'arrivera pas à terme, vu les pertes de la malade,

2^o si la grossesse est extra-utérine il n'y a pas de danger.

Résultat de l'examen radiographique.

L'examen radiologique montre une cavité utérine de petite dimension, mais tandis que du côté droit il n'y a pas d'aspect anormal, à gauche au niveau du pavillon, le lipiodol vient se mouler autour d'une masse arrondie.

Il se répand tout autour mais en une masse qui reste localisée, on peut noter la persistance de l'image le lendemain.

Conclusion. — Cet aspect radiologique doit faire penser à une grossesse extra-utérine à siège ampullaire.

Le lendemain de l'examen radiologique la malade a 39°2 de température, provenant sans doute du lipiodol poussant devant lui les germes du col et de la cavité. On se demande à ce moment si une intervention immédiate est indiquée.

Oui : si on a espoir de couper une infection puerpérale possible.

Non : s'il y a possibilité de coup de fouet vers la péritonite.

Le lendemain de l'examen radiologique, 24 octobre, température matinale 39°2, défense nette des deux côtés. Les pertes sont toujours pareilles, on décide de faire un traite-



Figure II. — Observation II.

ment sulfamidés (8 gr.), plus des injections chaudes et un enveloppement pelvien froid, et pour éviter les accidents des sulfamides on administre trois comprimés de Nicobion 8.

Le 22 et le 23 : caillots.

Le 25 : La température est tombée et ne remontera plus jusqu'au jour de l'intervention.

L'intervention a lieu le 15 novembre 1943. M. le Professeur MASSABUAU fait une salpingo-ovariectomie gauche, les annexes gauches se présentent sous forme d'une masse peu distincte avec les tissus d'aspect purulent. M. le Professeur MASSABUAU estime qu'il s'agit manifestement d'une grossesse extra-utérine.

Anatomie pathologique. — Résultats :

L'ovaire doublé de volume environ comporte de nombreux microkystes, au microscope on y trouve des lésions évidentes d'ovarites scléro-kystiques. La trompe est très congestionnée et présente des dilatations ampullaire emplies d'un liquide séro-hématique, au microscope ce sont les signes congestifs qui dominent, la paroi tubaire comporte des foyers hémorragiques assez étendus, nulle part on ne retrouve trace de vestige placentaire.

Évolution post-opératoire : normale, petit hématome sur le trajet de l'incision.

Remarque. — Malgré le résultat donné par l'examen au microscope on peut affirmer sur le simple vu de la pièce opératoire qu'il s'agit bien d'une grossesse extra-utérine.

Le fragment prélevé devait porter sur une région n'ayant pas de vestiges placentaire.

* * *

Comme on peut le remarquer, dans ces deux cas, de diagnostic difficile, l'hystérographie s'est révélée utile.

Est-ce deux cas isolés? Non, déjà de nombreux auteurs ont, avant cette date, voulu essayer de confirmer un diag-

nostic hésitant et ont réussi, puisque BORTINI, en 1937, dans le numéro du 30 novembre de la revue : « Annali di ostetrica e ginecologica » écrivait et décrivait :

1^o La morphologie de l'utérus qui dans les premiers mois de la grossesse extra-utérine est moins déplacé et latéroversé que dans la grossesse normale ; par la suite le fœtus tend à abaisser l'utérus qui conserve sa position médiane grâce aux hématoécèles retro-utérines.

2^o La morphologie des trompes, dont la perméabilité tubaire est de règle dans les grossesses abdominales primitives, dans les grossesses abdominale secondaires il y a une altération nettement visible indiquant son point de départ.

Dans la grossesse ampullaire on a des modifications de la largeur de la trompe, avec défaut de remplissage à ce niveau, contours flous et parfois aspect d'infiltration par le lipiodol des villosités placentaires. Dans la grossesse isthmique et interstitielle on aurait les mêmes images. C'est SNOW et M. ROSENDOHN (New-York) « Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris qui ont pu reconnaître radiologiquement un certain nombre de manifestations de la grossesse par la mise en évidence des tissus mous, par exemple : le siège du placenta, des grossesses extra-utérine, etc.

DIROF donne comme preuve sûre de grossesse extra-utérine l'atonie utérine coexistant avec l'oblitération d'une trompe.

C'est COTTES (Cl. Béclère, exploration radiologique en gynécologie) qui publie une image où l'on voit le lipiodol fusant dans la trompe des deux côtés de l'œuf et dessinant son pourtour.

F. A. WAHL (Geburts- u. Frauenkrankh.) nous conseille aussi l'hystéroggraphie dans la grossesse extra-utérine.

Bien avant A. MATHIEU, en 1937, dans un article intitulé : « La valeur de l'hystéro-salpingographie dans le diagnostic gynécologique » nous dit avoir eu 100 % de résultats positifs avec l'aide de l'hystéroggraphie dans plusieurs cas de grossesse tubaire.

Lorsque la grossesse se développe au milieu de la trompe, le lipiodol chemine dans la trompe, puis s'arrête au siège de la grossesse, offrant une ombre caractéristique.

Dans le cas d'avortement par l'extrémité distale de la trompe, l'huile iodée pénètre dans toutes les fissures entre l'œuf et les parois de l'extrémité tubaire, de telle sorte qu'elle se développe comme un voile autour de la masse qui devient visible aux Rayons X. N'est-ce pas ce que l'on avait remarqué dans notre observation n° 2 ?

Ainsi les tentatives actuelles de diagnostic radiographique se révèlent efficaces et doivent être poursuivies, appliquées toutes les fois que l'on se trouve en présence d'un cas douteux.

KNERR écrit « le radio-diagnostic de la grossesse est utile, lorsque le diagnostic clinique hésite, si l'existence d'une grossesse n'était pas démontrée.

Les résultats sont seulement fonction d'une technique rigoureuse.

Ces résultats acquièrent une grande importance lorsqu'il s'agit de discuter une môle hydatiforme, la nature d'une tumeur abdominale » ou encore, je n'en voudrai pour preuve que cette observation : où la radio est venue, seulement, toutefois confirmer le diagnostic clinique hésitant d'utérus bicorne et non de grossesse extra-utérine.

TROISIÈME OBSERVATION

M. B....., 26 ans.

D. D. R. : 8 novembre, 21 janvier, 2 février, 3 février : hémorragie, sans phénomène douloureux.

4 février : Examen.

Utérus : volumineux, basculé à droite.

Cul-de-sac gauche : Masse dure, isolée de l'utérus, mais tout de même pas très indépendante.

On pense à une grossesse extra-utérine, après avoir discuté la possibilité d'un fibrome pédiculé et d'une grossesse dans un utérus bicorne.



Figure III. — Observation III.

6 février : Expulsion d'un fœtus de 8 cm à 7 heures. Expulsion d'un œuf de 2 mois 1/2 à 15 heures.

Examen radiographique :

Utérus bicorne,

les trompes ne sont pas du tout injectées.

Ici il est vrai, le diagnostic radiographique avait été fait après le diagnostic non pas clinique mais après un curettage.

On peut en tout cas penser, que la grossesse extra-utérine étant soupçonnée et les hémorragies persistant, on était en droit de faire un lipiodol — vu les menaces d'avortement de toute façon — lipiodol qui aurait immédiatement donné le résultat, tranchant la question en montrant qu'effectivement la radiographie ne présentait aucune caractéristique de grossesse extra-utérine. Quelles sont donc les caractéristiques de la grossesse extra-utérine ?

Y penser quand :

1° L'utérus est vide. Le fœtus présentant un aspect déroulé (grossesse abdominale de 4 mois environ).

2° Lorsqu'il y a atonie utérine sans image lacunaire intra-utérine.

3° Quand une trompe est perméable, l'autre présentant les aspects suivants :

a) remplissage segmentaire intermittent,

b) le lipiodol étant arrêté dans son trajet, les segments de trompes injectées prennent l'aspect en trompette.

c) une ombre plane continue l'ombre de la trompe.

Les contours en sont réguliers.

Examen délicat — Ses dangers

Pourtant si ce moyen de diagnostic est utile, il n'en reste pas moins délicat, il serait vain de le nier.

Rappelons avec M. BARTHIAULT « que dans 50 % des cas environ les kystes dermoïdes renferment des dépôts calcaire, il apparaît donc intéressant d'utiliser la radiographie comme moyen de diagnostic » oui certes, mais attention à ne pas

confondre avec une grosseesse abdominale, quoique la laparotomie s'imposant dans les deux cas, l'erreur ne sera pas grave.

Autre radiographie et même interprétation délicate : voici l'observation :

INÉDITE

Due à l'obligeance de Monsieur le Professeur AIMES
Mme X....

Entrée dans le service : 1^{er} janvier 1944.

Histoire. — Jusqu'à ce jour règles régulières.

8 octobre 1944 : Règles normales, 4 jours.

10 novembre 1944 : Règles très abondantes qui durent 8 jours.

28 novembre 1944 : Écoulement de sang indolore, très abondant, sans caillots et continu qui dure depuis et s'accompagne d'*asthénie* et de *vertige*.

Aucun phénomène douloureux. Quelques pertes blanches filandreuses accompagnant chaque époque menstruelle.

A l'entrée l'application d'une vessie de glace fait cesser les hémorragies.

Examen. — Abdomen : souple — non douloureux.

T. V. : L'utérus est dévié à droite, mobile, indolore, légèrement augmenté de volume.

Le col est souple, entr'ouvert, mais n'admettant pas le doigt.

Les culs-de-sac sont souples, non douloureux.

Spéculum : Col entr'ouvert, ectropion de la muqueuse.

Traitement : Électrocoagulation du col.

Hystérogaphie. — Résultat : 6 décembre 1944.

L'examen radiographique de l'appareil génital après injection de lipiodol montre une cavité utérine de forme, de situation et de dimensions normales; ses contours sont peut-être un peu irréguliers traduisant une hypertrophie discrète de la muqueuse.



Figure IV. — Observation IV.



Figure V. — Observation IV

Le lipiodol pénètre dans les trompes : du côté gauche on le suit jusqu'à la partie moyenne des trompes; du côté droit il en passe une grande quantité qui forme des amas vaguement arrondis et traduisant la dilatation du canal tubaire droit.

La radiographie de contrôle (voir schéma) pratiquée le lendemain montre qu'une partie du lidiodol a pénétré dans la cavité péritonéale, mais il n'y est pas libre : on voit en effet le lidiodol ramassé en certains points.

Du côté gauche on le voit dessiner une image vaguement arrondie comme s'il était répandu autour d'une néoformation sphérique.

Conclusion :

Pas d'image anormale du point de vue cavité corporeale, mais images très anormales du point de vue tubaire du côté droit et du côté gauche.

Après hystérogaphie reprise des hémorragies.

T. V. : 9 décembre 1944 (Prof. AIMES).

Cul-de-sac droit : légèrement empâté.

Cul-de-sac gauche : R. A. S.

11 décembre 1944 : Intervention.

Opérateur : Prof. AIMES.

Aide : Dr SEGUI.

Rachi-anesthésie : 12 ctg.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Refoulement des masses intestinales sous le diaphragme.

— L'utérus est légèrement augmenté de volume.

— Annexes droites : R. A. S.

— Trompe gauche : R. A. S., mais ovaire gauche légèrement plus gros qu'une noix, présente de nombreuses suffusions hémorragiques.

— Ligature des vaisseaux utéro-ovariens.

— Section de la trompe au ras de la corne utérine.

Appendicectomie.

— Péritonisation de la brèche.

— Suture en trois plans.

21 décembre 1944 : *Biopsie*.

On a affaire à un *kyste hématique* sans autre anomalie structurale.

* * *

Il pourra aussi arriver que la grossesse extra-utérine coïncide avec une grossesse utérine; nous pensons que l'intérêt de la malade, étant donné les graves accidents à prévoir et qu'il faut éviter, se trouve malgré tout dans un examen hystérogaphique.

MM. VAYSSIÈRE et R. IMBERT (Marseille) nous disent que « les observations de manœuvres intra-utérines au cours d'une gravidité sans interruption de la grossesse ne sont pas particulièrement rares ».

Ils citent le cas où la grossesse a évolué sans incidents malgré l'hystérogaphie, alors qu'une erreur matérielle de numéro de lit avait fait pratiquer une hystérogaphie sur une femme enceinte.

De même CORTE qui pourtant dans un rapport au congrès de l'association des gynécologues en 1931, donne les grossesses utérines et extra-utérines comme des contre-indications formelles à l'hystérogaphie, avoue que l'injection de lipiodol laisse souvent la grossesse évoluer normalement.

Enfin l'hystérogaphie d'interprétation parfois bien délicate pourra être déconseillée par certains pour le danger qu'elle offre.

Certes il serait vain de vouloir nier les dangers que peut présenter une exploration lipiodolée; mais dans l'ensemble, en considérant les statistiques publiées on remarque que l'hystéro-salpingographie ne donne qu'un faible pourcentage d'accidents: d'ailleurs les risques à courir en valent la peine.

1^o Pratiquement, depuis que le lipiodol a remplacé et le collargol, et le bromure de sodium, et l'umbrenal les accidents chimio-toxique sont moins nombreux.

2^o On sait que l'introduction d'un instrument dans la cavité utérine peut parfois amener des phénomènes réflexes graves, des syncopes mortelles, l'hystéro-salpingographie, elle aussi, est susceptible de donner des accidents réflexes, mais en général ils seront bénins et ne donneront que des accidents syncopaux passagers.

3^o Les risques d'infection nous arrêterons un peu plus longuement, quoiqu' avec le lipiodol les péritonites mortelles signalées à l'occasion de l'emploi du collargol ne se produisent plus — tout au plus observera-t-on quelques phénomènes d'irritation péritonéale qui régresseront bien vite.

Parfois, comme dans l'observation n^o 2, une légère poussée fébrile apparaîtra, d'autre fois un hydrosalpinx découvert à l'occasion de l'examen se transformera en pyrosalpinx sous l'influence du lipiodol.

Mis en garde, le traitement parera à ces inconvénients.

Signalons d'ailleurs que DOUAY préconise l'examen bactériologique des sécrétions du col avant l'hystérogographie, tous ces accidents étant dû d'après MORHARDT à des phénomènes de réinfection, de réactivation.

4^o Enfin il pourra se produire une rupture de la trompe, on en a signalé des cas, car si les trompes saines supportent une pression de 35 cm de mercure, les trompes à l'état pathologiques peuvent se rompre à une pression inférieure.

Donc inutilité de faire subir aux trompes des pressions exagérées, et si le passage péritonéal de lipiodol n'est pas obtenu avec une pression de 24 cm de mercure, il sera sage de ne pas insister.

Faudra-t-il craindre aussi l'infection vasculaire ?

Toute la littérature cite un seul cas mortel, celui de CAPZAGO qui semble se produire plus facilement dans le cas d'oblitération tubaire. Non, car ces accidents, dans leur ensemble sont heureusement bénins.

CONCLUSION

L'examen radiographique, dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine se révèle un moyen utile; surtout lorsque la clinique et le laboratoire ne peuvent nous donner qu'un diagnostic hésitant, douteux, pouvant entraîner des risques graves pour la mère.

Déjà l'opinion des milieux médicaux qui était restée longtemps sceptique sur les avantages de la radiologie en obstétrique s'est heureusement modifiée devant l'ensemble de tels résultats.

Et il faut souhaiter que des installations spécialisées soient annexées aux maternités des hôpitaux et que les praticiens y aient recours, sachant bien que l'hystéro-salpingographie — les contre-indications étant observées — ne donne qu'un faible pourcentage d'accidents — mais en revanche aide heureusement et la clinique et le laboratoire.

BIBLIOGRAPHIE

Une partie de cette bibliographie nous a été aimablement fournie par les Fichiers du Monde Médical.

- BORTINI (E.). — L'histéro-salpingographie dans le diagnostic de la grossesse ectopique et de ses variétés. (*La Presse Médicale*, 11 mai 1939, N° 38. — *Annali di ostetrica e ginecologia*, 30 nov. 1937, p. 1247-1296, in :
- COUVELAIRE-PORTES et DICONNET. — Radio-diagnostic de la gestation ectopique. (*Bull. Soc. Obst. et Gynéc.*, mai 1930, pp. 345-348).
- DEPINAY (Pierre-Raymond). — La radiologie dans les grossesses extra-utérines au voisinage du terme. (*Thèse de Paris*, 1941 (Annette).
- JAUJOU (M.). — Contribution à l'étude du diagnostic radiologique de la grossesse extra-utérine. (*Thèse de Médecine de Montpellier*, mars 1944).
- LAROQUETTE. — Radiographie de grossesse extra-utérine. (*J. de Radiol. et d'Electr.*, Paris, 1925, IX, 407.)
- MIRAMOND DE LAROQUETTE. — Radiographie de grossesse extra-utérine. (*Arch. d'electr. Méd.*, Bordeaux, 1925, XXXV, 61.)
- GREENHILL (J.-P.). — Hysterography as aid in diagnosis of abdominal pregnancy report of case. (*J. A. M. A.*, 106 : 606-608, 22 fév. 1936.)
- MONDOR. — Diagnostics urgents.
- FILHOULAUD (H.) et LAGRANGE (I.). — A propos de la ponction du Douglas dans le diagnostic des grossesses extra-utérines. (*La Gazette Médicale limousine et le Limousin médical*, n° 10, déc. 1941, PP. 288-290.)
- ROSSI (A.). — Isterosalpingografia e politica demografica (*Ann. di Radiol. Diag.* 13 : I-129, Fév. 1939.)
- DESPLANCHES. — De la ponction du cul-de-sac de Douglas dans le diagnostic des grossesses extra-utérines. (*Thèse Alger* 1942.)
- ZURHELLE (E.). — Die Roentgendiagnose der Extra-Uterin-Graviditæt in späteren Monaten mit abgestorbener Frucht (*Zentr. f. Cynak.*, Leipzig, 1912, XXXVI, 1177-84.)

- PISTUDDI. — Disadvantages of roentgenotherapy in tubal pregnancy. (*Riv. d'ostéri. et gynec. Prat.*, mars 1929, pp. 11-14.)
- CADENAT. — Les erreurs de diagnostic dans la grossesse extra-utérine. (*L'Hôpital*, 6 octobre 1920, n° 32, p. 602.)
- CIANELA. — Valeur du diagnostic biologique de la grossesse extra-utérine rompue. (*Schweiz. medizinische Woch.*, n° 26, 1^{er} juillet 1933.)
- KAISER. — Difficulté du diagnostic de grossesse extra-utérine. (*Medizinische Clin.*, n° 31, 29 juillet 1932.)
- FRIEDMAN (S.-I.). — Abdominal pregnancy diagnosis confirmed by hystero-graphy. (*A. M. J. Obst. et Gynec.*, 33 : 683-686, Avril 1937.)
- SNOW (W.). — Late extra-uterine pregnancy diagnosed by soft tissue roentgenography. (*Am. J. Roentgenol* 41 : 537, 540, Avril 1939.)
- SERO BOU (E. R.). — Utilizacion de la histerografia en el diagnostico del embarazo ectopico (presentacion de un caso con feto vivo.). (*Rev. Med. Cubana*, 49 : 1003, 1017, oct. 1938.)
- LELIEURE (J.-M.). — Contribution à l'étude pratique de la Radiologie obstétricale. (*Thèse de Médecine de Paris*, 1938.)
- LAZARD (E.-M.). — Hystero-graphy as aid to diagnosis, of abdominal pregnancy case report and review of literature. (*West S. Surg* 45 : 653, 656, déc. 1937.)
- AUFFRET (G.). — Contribution à l'étude de l'hystero-salpingographie dans le diagnostic des affections gynécologiques. (*Thèse de Médecine Bordeaux*, 1939.)
- DESPLANCHES (H.). — De la ponction du cul-de-sac de Douglas dans le diagnostic des grossesses extra-utérines. (*Thèse Médecine de Toulouse*, 1942.)
- TALIA (F.). — Organic and functional change in gastro-intestinal tract after recovery from suppurative abdominal pregnancy 2 cases diagnosed and controlled during operation by roentgen rays. (*Arch. Radiol.*, Mars-Avril, 1929, p. 342.)

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

*L'examen radiographique dans la
grossesse extra-utérine*

par Louis TARDIVET

Je pense que la Faculté peut en per-
mettre l'impression : 19 juin 1945.

Montpellier, le

Le Professeur :

AIMES.

Vu :

Montpellier, le 20 juin 1945.

Le Doyen,

GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 21 juin 1945

Le Recteur,

MATHIAS.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

